

Propuesta SEMG Madrid.

SEMG Madrid es una sociedad científica de médicos generales y de familia que actúan en Atención Primaria, tanto del sector público como del privado, con una forma de entender el trabajo que realizan los médicos en este nivel como algo amplio y abierto a muy diversas perspectivas, tanto políticas como sociales o personales. Es por esta amplitud de horizonte por lo que la actitud de trabajo de la sociedad es siempre positiva ante cualquier propuesta, manifestando nuestra opinión en la línea de la defensa de los intereses y capacidades de nuestros socios. Así, ante la propuesta de la Consejería de Sanidad de realizar cambios en el modelo público de Atención Primaria, manifestamos desde el principio nuestras dudas sobre la madurez e idoneidad del proyecto, en espera de recibir más información sobre el mismo. Realizada esta recepción de la información, aunque no tan extensa, ni estable como hubiéramos deseado, genera en nosotros la impresión de ser un proyecto no concluido y cuya puesta en marcha, al aproximarse a la realidad diaria, va a generar cambios que puedan hasta alterar los propósitos iniciales del mismo, por lo que manifestamos en el Alegato por la Atención Primaria nuestro deseo de retirada del proyecto, circunstancia esta que mantenemos de no modificarse el mismo.

No obstante y tras recibir a través de la Viceconsejería y de la Dirección General de Atención Primaria (a quien sin duda reconocemos su carácter abierto con nuestra sociedad en el dialogo) la propuesta de ubicar en la Comisión Científico Técnica del Plan de Mejora de AP un foro de intercambio de opiniones sobre el proyecto con la intención de mejorarlo, nuestra sociedad ha decidido participar en este proceso, manifestando una serie de requisitos explícitos previos por las partes:

- 1) Irrenunciabilidad por parte de la Consejería de Sanidad a la puesta en marcha del Área Única y de la Libre Elección de Médico de Familia, Pediatra y Enfermera en el ámbito de la misma, así como una reordenación de la estructura directiva en Atención Primaria, con un adelgazamiento de la misma y un aumento de la descentralización de las decisiones a los Centros de Salud.
- 2) Irrenunciabilidad por parte de nuestra sociedad a que la Libre Elección de Médico de Familia se mantenga en las condiciones actuales y a que no se desmantele el modelo de Gerencias de Atención Primaria que han posibilitado el funcionamiento satisfactorio para ciudadanos.

Partiendo de este planteamiento y con la flexibilidad necesaria por ambas partes, hemos planteado en tres líneas de actuación nuestras propuestas:

- 1) Una Hoja de Ruta consensuada con los requisitos necesarios e imprescindibles para que el proyecto de la Consejería no origine un descalabro en la Atención Primaria.
- 2) Una serie de propuestas flexibles en la extensión de la Libre Elección, utilizando las disposiciones transitorias del decreto, que establezcan plazos de aplicación largos y exploten las posibilidades del actual marco normativo (que permite, por ejemplo, que un usuario de Aravaca tenga médico en el C.S. Segre) de tal forma que el decreto de Libre Elección no suponga una quiebra de la continuidad asistencial dentro del Centro de Salud, incorporando la mejora de la Libre Elección Enfermera. Plantear las bases que permitan la no desaparición de

las estructuras de apoyo a los centros de salud que son las Gerencias de AP, cambiando su denominación y abriendo un proceso de estudio y reestructuración del número y de la forma (no creemos que tengamos en este momento en la CCT elementos para fijar la distribución territorial de las “nuevas” gerencias asistenciales), siempre desde el sosiego y procurando aportar beneficios para todos. Por eso desarrollamos una propuesta de estructura directiva, que creemos compatible con los objetivos irrenunciables de la Consejería y con la pervivencia de las estructuras que han permitido el soporte de una Atención Primaria de calidad con reconocimiento por los ciudadanos.

3) Potenciar de manera progresiva la descentralización de las decisiones en los Centros de Salud, dotando de contenido, funciones y definición al Director de Centro, en la línea del documento presentado en la CCT, con lo que pensamos se consigue una mejora, al aproximar las decisiones a los profesionales y permitir una Atención Primaria más madura y con mayor capacidad de autogestión.

Propuesta de nueva estructura directiva.

Creemos que los objetivos de la Consejería por los que quiere cambiar la organización de la AP, son los siguientes:

- Reducción neta del equipo directivo.
- Facilitar los sistemas de movilidad
- Junta de Personal única cuya composición se pactará antes de las próximas elecciones sindicales.
- Gestión centralizada con claras economías de escala en áreas no estrictamente sanitarias (compras, almacenes, distribución, tecnologías de la información y comunicaciones).
- Diseño centralizado de procesos para disminuir la variabilidad, favorecer la calidad científico-técnica y mejorar la equidad de la organización.

Y los objetivos de SEMG Madrid en relación con la gestión en AP son los siguientes:

- Mantener el protagonismo de la AP en la estructura del Servicio Madrileño de salud en una organización Gerencial y descentralizada para los Hospitales frente a una centralizada y con poco peso específico en servicios periféricos de AP como parece en el proyecto de Área Única..
- Avanzar en la descentralización de la Gestión en los Centros de Salud (C.S.).

- Mantener una estructura de apoyo y facilitador de las actividades de los C.S., tal y como se ha venido haciendo hasta ahora desde las GAP.
- Disipar el miedo provocado por la posibilidad de movilidad forzosa que en algún momento desde la Viceconsejería se ha podido entrever.
- Aprovechar el cambio para definir y dar Autoridad a la figura del Director de Centro como figura esencial y pilar fundamental en la organización de las funciones y actividades de un EAP.
- Disminuir las tareas burocráticas del médico de familia, sustituyendo estas por tareas clínicas que favorezcan la capacidad de resolución de la Atención Primaria, restituyendo el prestigio social de estos y realizando una mejora desde el punto de la gestión clínica que permita un mejor uso de los recursos sanitarios públicos.
- Potenciar la existencia de herramientas informáticas para apoyar al médico de familia y facilitar su actuación.

1) Situación actual:

Según nuestro conocimiento, la población aproximada de las áreas actuales es las siguientes:

ÁREA	TSI Enero'08
1	767.000
2	460.000
3	367.000
4	605.000
5	780.000

6	680.000
7	560.000
8	500.000
9	400.000
10	350.000
11	890.000

2) Propuesta de reestructuración.

Basándonos en la interpretación literal de la Ley General de Sanidad en un escenario de Área única o en el modelo actual, se estaría contraviniendo del mismo modo la LGS y el RD de ZBS, como no se cumplen en otras CCAA, por lo que cabría la posibilidad de declarar a la Comunidad de Madrid como Área Única sanitaria, aprovechando las características de uniprovincialidad, creando un número a concretar de Áreas Básicas Sanitarias con un Gerente a su cabeza (Siete Gerencias tendrían que llevar una media de 860.000 TSI, unas más y otras menos, pero no es descabellado observando que ahora ya hay 3 Gerencias que Gestionan los servicios de casi 800.000 TSI). Lo importante es el contenido de estas “Gerencias” para conseguir nuestro objetivo y dar respuesta a los de la Consejería.

Parece claro, y creo que estamos de acuerdo en que la búsqueda de la economía de escalas, la eficiencia y la disminución de la variabilidad nos lleva a centralizar determinadas funciones que se hacían en las Gerencias, en especial:

- Compras.
- Nóminas.
- Contratación.

- Contratación administrativa (limpieza, mantenimiento de centros, mantenimiento de pequeño aparataje, seguridad, transporte de correo interno, paquetería etc....)
- Sistemas de información.
- Gestión de la TSI.

Estas funciones y el personal que las realiza actualmente quedaría adscrito a una Gerencia Adjunta de Gestión, para la que habría que realizar un plan funcional de recursos, ubicación y rentabilización, siguiendo la línea de los grupos de trabajo actuales de unificación de procedimientos administrativos, que permitiera liberar recursos humanos.

La centralización de la mayoría de las funciones de las direcciones de Gestión, llevaría a una reestructuración de las Gerencias derivando hacia aspectos más asistenciales que de gestión. Los departamentos, que deberían compartir determinadas funciones, que deberían tener las nuevas Gerencias serían:

- **Gerencia o dirección de distrito sanitario.**
 - 1 Gerente
 - 1 Auxiliar Administrativo
- **Dirección asistencial**
 - 1 Dir. Médico y 1 Dir. Enfermera
 - 1 Subdirector médico o enfermero cada 8 ó 9 Centros de salud.
 - 1 Responsable Sanitario de Sistemas de Información (medico o enfermero)
 - 2 Auxiliares Administrativos.
 -
- **Unidad de coordinación con los hospitales** (como espejo de la figura que existe en algunos nuevos hospitales (HIL, H. del Norte), ya que cada Área Sanitaria Básica tendría relación con varios hospitales.
 - 1 Médico.

- **Departamento de Servicios generales**, suministros, personal y seguimiento presupuestario de los EAP, encargados de dar apoyo y asesoramiento a los Centros de Salud en la gestión del día a día y coordinados con la Gerencia Adjunta de Gestión, actuando como oficinas periféricas de la misma (como sucede con otras compañías de servicios como agua, luz o gas, que mantienen su estructura centralizada para ahorrar costes con puestos descentralizados de atención, en este caso a los centros).
 - 1 Jefe de servicio (Grupo A técnico de la función administrativa).
 - 2 Jefes de sección (grupo B de gestión de la función administrativa)
 - Auxiliares administrativos según el número de centros de salud a los que dar servicio.

- **Unidad de atención al Usuario.**
 - 1 Médico como jefe de la unidad
 - 1 Técnico de la Función administrativa
 - 2 Auxiliares administrativos.

- **Departamento de Uso racional de medicamentos.**
 - 1 o 2 farmacéuticos de Área.
 - 1 Auxiliares administrativos.

- **Unidad Docente de MFyC.**
 - Los profesionales que están establecidos por ley: 1 Médico, 1 TSP y 1 a.a.

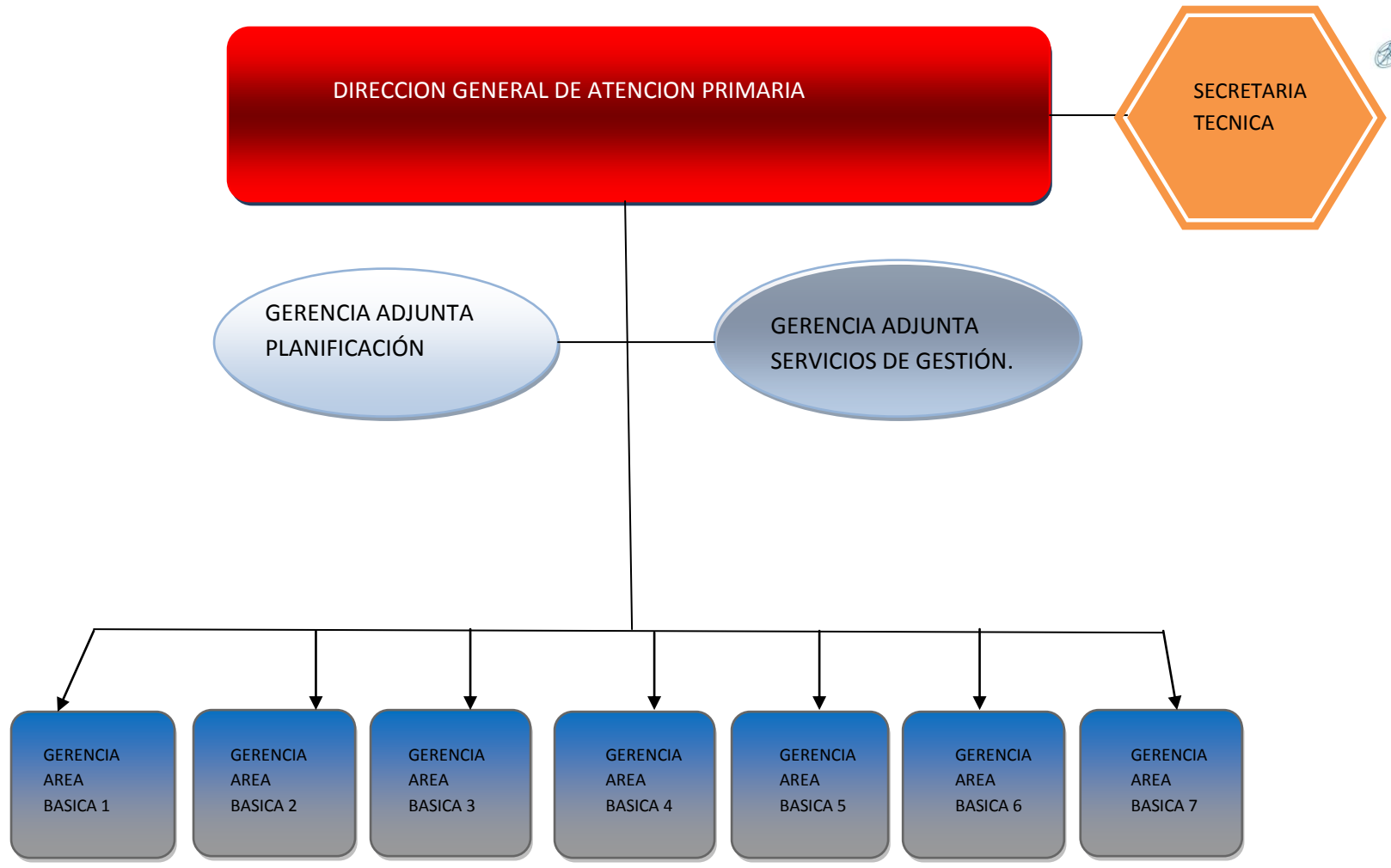
- **Unidad de Calidad, Formación continuada e investigación.**
 - 1 Médico.
 - 1 Enfermero
 - 1 TSP
 - 1 a.a.

Lógicamente, esto tendría que ir acompañado del glosario de funciones y actividades a desarrollar en cada Unidad y departamento, así como el Documento del Director de Centro, todo ello a desarrollar en grupos de trabajo entre profesionales y gestores.

Con 7 gerencias, la reducción neta de Equipos directivos es la siguiente:

Puesto directivo o jefaturas	Actual	Propuesta	Reducción
Gerentes	11	7	4
Directores de Gestión	11	0	11
Directores Médicos	11	7	4
Directores Enfermeros	11	7	4
Subdirectores Médicos	35 aprox.	16	19
Subdirectoras enfermeras	35 aprox.	16	19
Coordinadores de UDMFyC	11	7	4
Responsables de SIS	11	7	4
Responsables de calidad	11	7	4
Jefes de servicios de SSGG	11	7	4
Jefes de servicio de RRHH	11	0	11
Jefes de servicio G. económica	11	0	11
Total	180	81	99

Quedaría por configurar la Gerencia adjunta de Planificación, Calidad y SIS que recogería a los trabajadores que están ahora en los departamentos de calidad y SIS de las Gerencias y que no continuaran en la Gerencia asistencial, constituyéndose en el núcleo fuerte de la organización en cuanto a la estrategia y el despliegue de la misma, en el “know how”, aunque el número de los mismos debería redimensionarse, así como ponerse en marcha mecanismos de conexión con las gerencias asistenciales, que permitan la necesaria integración y coordinación de procesos . A esta Gerencia se incorporarían asimismo las personas pertenecientes a la antigua Dirección de Salud Pública, que al unificarse permitirían un mejor uso de sus capacidades y recursos.



CENTROS DE SALUD